



¡Puedo controlar la diabetes junto con mi equipo de cuidados de la salud!



Para trabajar junto con mi farmacéutico, haré lo siguiente:

- Haré una lista de todos los medicamentos con las dosis exactas e incluiré los medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos herbales.
- Actualizaré y revisaré la lista con mi farmacéutico cada vez que haya un cambio.
- Le preguntaré cómo debo tomar los medicamentos y usar los suministros para obtener los mejores resultados al precio más bajo.
- Le preguntaré sobre nuevos medicamentos para luego consultarle a mi médico.



Para trabajar junto con mi podólogo, haré lo siguiente:

- Visitaré a un podólogo para que realice un examen completo de mis pies, al menos, una vez por año.
- Aprenderé a revisarme los pies diariamente.
- Visitaré a mi podólogo apenas note dolor, enrojecimiento o inflamación.
- Le preguntaré cuál es el calzado adecuado para mí.
- Me aseguraré de que me revise los pies en cada visita médica.



Para trabajar junto con mi especialista de los ojos, haré lo siguiente:

- Le pediré un examen completo de los ojos con dilatación de pupilas todos los años.
- Le preguntaré cómo prevenir la enfermedad diabética del ojo.
- Le preguntaré qué debo hacer si sufro cambios en la visión.



Para trabajar junto con mi dentista, haré lo siguiente:

- Visitaré a mi dentista, al menos, una vez por año para que me realice un examen de la boca completo.
- Aprenderé cuál es la mejor forma de cepillarme los dientes y de usar hilo dental.
- Le preguntaré cuáles son los primeros signos de problemas en los dientes, la boca y las encías.
- Le preguntaré cuál es la relación entre la diabetes y la enfermedad de la encía.

Para controlar la diabetes todos los días, haré lo siguiente:

- Llevaré una vida más activa: apagaré el televisor y saldré a caminar, jugar, bailar, nadar.
- Seguiré una nutrición balanceada: comeré porciones más pequeñas, más verduras y menos sal, grasas y azúcar.
- Dejaré de fumar y de usar otros productos de tabaco: el consumo de tabaco aumenta el riesgo de padecer problemas de salud debido a la diabetes. Para dejar de fumar, llame al: [1-800-QUIT-NOW \(1-800-784-8669\)](tel:1-800-QUIT-NOW).
- Le pediré a todo mi equipo de cuidados de la salud que comparta los resultados de mis exámenes con mis demás proveedores de cuidados.
- Visitaré www.cdc.gov/diabetes/ndep para aprender más sobre cómo tratar la diabetes.
- Controlaré los niveles de glucosa (azúcar en la sangre), la presión arterial y el colesterol:
 - ▶ **A1c.** Esta prueba mide los niveles promedio de azúcar en sangre durante los últimos 3 meses. Para muchas personas, la meta es que sea por debajo del 7%, pero su proveedor de cuidados médicos puede establecer metas distintas para usted.
 - ▶ **Presión arterial.** La presión arterial alta causa enfermedad cardíaca. Para la mayoría de las personas, la meta es que sea por debajo de 140/80 mm de Hg.
 - ▶ **Colesterol.** El colesterol malo o la lipoproteína de baja densidad (LDL) se acumula y obstruye las arterias. La meta es que la LDL sea por debajo de 100 mg/dl.

Para obtener más información **GRATIS** sobre cómo prevenir y controlar la diabetes, llame a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) al 1-800-CDC-INFO (800-232-4636), línea TTY 1-(888) 232-6348 o visite www.cdc.gov/diabetes/ndep.



El NDEP es un programa de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y los Institutos Nacionales de la Salud.



National Institutes of Health



Informe de exploración realizado con lista de control completa para la diabetes

Escribir aquí el nombre o sitio web de la organización _____

De: _____

Para: _____

Información del paciente:
Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Diabetes: Tipo 1 Tipo 2 Gestacional Prediabetes **Meta de HbA1c:** _____ < 6 meses >= 6 meses No sabe
Duración de la diabetes (en años): _____ **Tratamiento actual contra la diabetes:** Insulina Hipoglucemiante oral Control de la dieta Ninguno
 Resultados de la última prueba de glucosa en sangre por punción en el dedo (por el paciente): _____ N/A Paciente informa estar bajo control Sí No
 Consejería nutricional Sí No Tipo de dieta: _____

| | | |
|---|--|---|
| <p>MEDICAMENTOS</p> <p>Fecha: _____ El paciente tiene una lista escrita de medicamentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicamentos de venta sin receta (OTC) que usa: (si no usa ninguno: <input type="checkbox"/>) Remedios caseros y plantas medicinales (si no usa ninguno: <input type="checkbox"/>) Medicamentos revisados por el farmacéutico el (fecha): _____ El paciente tiene receta para: (Si la respuesta es "no", explique el motivo) Aspirina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: Medicamentos para el colesterol <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: Inh. ECA o ARB <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No:</p> | <p>Presenta efectos secundarios ante los medicamentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", describa: ¿Notifica episodios de hipoglucemia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "sí", describa: El paciente conoce sus valores actuales de: ¿A1c? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Meta de A1c?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿LDL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Meta de LDL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Presión arterial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Meta de presión arterial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Frecuencia del control de glucosa en la casa: <input type="checkbox"/> una vez por día <input type="checkbox"/> dos veces por día <input type="checkbox"/> de 3 a 4 veces por día <input type="checkbox"/> Otra: _____ Si usa insulina, indique la dosis actual: Indique los horarios de administración:</p> |
|---|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| <p>RIÑÓN/CORAZÓN Y VASCULAR</p> <p>Fecha: _____ Factores de riesgo además de la diabetes: (incluya las fechas de todos) Presión arterial: Meta: _____ Medida el: _____ Colesterol total, LDL y HDL, triglicéridos: (meta de LDL y de todos los valores medidos) _____ _____</p> | <p>Grado de tabaquismo: (encierre en un círculo todas las respuestas que correspondan) Nunca Exfumador Fumador Dispuesto a dejar de fumar Evaluaciones: (incluya las fechas de todo) Cociente albúmina-creatinina en orina: _____ Creatinina en suero e IFG estimado: _____ _____ Potasio: _____ Hemoglobina: _____</p> | <p>Antecedentes de infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca o accidente cerebrovascular: _____ Prueba cerebral o cardiaca (por ej.: prueba de estrés, ecografía, angiografía, tomografía axial computarizada, ultrasonido, resonancia magnética): _____ Antecedentes de diálisis o trasplante de riñón: _____ Pruebas de riñón (ultrasonido, tomografía axial computarizada, angiografía): _____</p> |
|--|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>PIES</p> <p>Fecha: _____ ¿Úlcera actual o antecedentes de una úlcera de pie? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Examen de pies: afección en las uñas, el vello o la piel ¿Tiene la piel delgada, frágil, brillante y sin vellos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene las uñas gruesas, demasiado largas, encarnadas o infectadas por micosis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Detectar deformaciones musculoesqueléticas <input type="checkbox"/> Deformaciones de los dedos de los pies <input type="checkbox"/> Juanetes (Hallux Valgus) <input type="checkbox"/> Pie de Charcot <input type="checkbox"/> Pie caído <input type="checkbox"/> Prominencia de la cabeza del primer metatarsiano</p> | <p>Pulsos pedios: "P" para presente o "A" para ausente Arteria tibial posterior Izquierdo ___ Derecho ___ Arteria dorsal del pie Izquierdo ___ Derecho ___ Clasificación del riesgo marque la casilla que corresponda. <input type="checkbox"/> Paciente de bajo riesgo <input type="checkbox"/> Paciente de alto riesgo Todo lo siguiente: Uno o más de los siguientes: <input type="checkbox"/> Sensibilidad protectora intacta <input type="checkbox"/> Pérdida de sensibilidad protectora <input type="checkbox"/> Pulsos pedios presentes <input type="checkbox"/> Pulsos pedios ausentes <input type="checkbox"/> Sin deformación <input type="checkbox"/> Con deformación en el pie <input type="checkbox"/> Sin antecedentes de úlcera de pie <input type="checkbox"/> Con antecedentes de úlcera de pie <input type="checkbox"/> Sin amputaciones <input type="checkbox"/> Con amputación previa</p> |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>OJOS</p> <p>Fecha: _____ Capacidad visual (mejor corregida) Derecho: _____ Izquierdo: _____ Presión intraocular Derecho: _____ Izquierdo: _____ <input type="checkbox"/> Examen de fondo de ojo realizado Diagnóstico: Retinopatía no diabética <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Retinopatía diabética no proliferativa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Planificación: <input type="checkbox"/> Control solamente <input type="checkbox"/> Repetir el examen de fondo de ojo en _____ meses <input type="checkbox"/> Otra prueba o tratamiento recomendados: Retinopatía diabética proliferativa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Edema macular relevante desde el punto de vista clínico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>BOCA</p> <p>Fecha: _____ Intraoral/extraoral: Caries: Periodontal (salud, abscesos, gingivitis, periodontitis): Cuestiones funcionales (comer, tragar, etc.): _____ Otra prueba o tratamiento recomendados: _____ Remisión a un especialista: _____</p> | <p>Resultados de la exploración Xerostomía: Micosis: Cambios en la glándula parótida: Volver a z en _____ mes(es)</p> |
|--|--|

Administración:
 Seguimiento en: _____ meses Conversación/educación del paciente Entrega de folleto informativo
 Remisión a: _____ De: _____
 Otro: _____ Firma del médico _____